

Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy

Review article | Published 27 July 2020 | doi:10.4414/sanp.171.03127
Cite this as: Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother. 2020;171:w03127

Früherkennung und -behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Cavelti Marialuisa^a, Kaess Michael^{ab}

^a Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Bern, Schweiz

^b Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Summary

Early detection of and intervention for borderline personality disorder

Borderline personality disorder is a severe mental disorder that typically appears in adolescence and early adulthood, and interferes with important developmental tasks in this phase of life. If left untreated, it can lead to much suffering and persistent psychosocial impairment for those affected, distress for family members and significant economic costs. Contrary to continuing scepticism, the research findings of the last 20 years show that borderline personality disorder is a valid and reliable diagnosis in adolescence. In addition, the findings of the first randomised controlled trials on the psychotherapeutic treatment of adolescents with subsyndromal or syndromal borderline personality disorder indicate that clinically relevant improvements can be achieved. In the present study, the rationale and evidence for early detection of and intervention for borderline personality disorder in adolescence is presented and compared with the current reality of care.

Keywords: Borderline personality disorder, early detection and treatment, early intervention, diagnostics, therapy, adolescence, adolescents

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine schwere psychische Störung, die durch interpersonelle Instabilität, Identitätsstörung, affektive Dysregulation und impulsives Verhalten gekennzeichnet ist. Gemäss der fünften Auflage des amerikanischen «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM) [1] müssen mindestens fünf der insgesamt neun in Tabelle 1 aufgeführten Kriterien erfüllt sein, um die Diagnose vergeben zu können. Während die Prävalenzraten für Erwachsene in der Allgemeinbevölkerung relativ gering sind (1.5% bis 1.6% 2- bis 5-Jahresprävalenz, 5.5% bis 5.9% Lebenszeitprävalenz), sind sie in Patientenpopulationen um ein vieles höher [2]. Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung machen 15% bis 28% der Patienten im ambulanten psychiatrischen Setting, 40% der Patienten im stationären psychiatrischen Setting, 6% der Patienten in der hausärztlichen Versorgung, und 10% bis 15% der Pa-

tienten, die die Notfallstation eines Krankenhauses aufsuchen, aus [2]. Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen einen hohen Leidensdruck, haben häufig komorbide psychische und somatische Erkrankungen und weisen eine hohe Suizidrate (8%-10%) auf [2, 3]. Die Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung scheinen im Vergleich zu Angehörigen von Patienten mit anderen psychischen Störungen besonders belastet [4]. Während die Symptome über die Zeit hinweg remittieren, persistieren oftmals schwere Beeinträchtigungen in der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit [5–7]. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist mit hohen Kosten für die Gesellschaft verbunden, wobei die indirekten Kosten durch Produktivitätsausfall vier Mal höher ausfallen als die direkten, durch die Behandlung verursachten Kosten. Die direkten Kosten sind zu einem grösseren Teil durch das Aufsuchen von Notfallbehandlungen als durch ambulante Therapien verursacht [8, 9].

Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter

Typischerweise tritt die Borderline-Persönlichkeitsstörung erstmals in der Adoleszenz in Erscheinung, erreicht ihren

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung gemäss DSM-5

1	Verzweifelte Versuche, tatsächliches oder vorgestelltes Verlassen werden zu vermeiden
2	Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, die durch den Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet sind
3	Identitätsstörung: Durchgängig instabiles Selbstbild
4	Impulsives Verhalten in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Verhaltensbereichen (z. B. übermässige Geldausgaben, Substanzmissbrauch, sexuelles Risikoverhalten, Essanfälle, u.a.)
5	Wiederholte suizidale Handlungen, Suizidandrohungen oder selbstverletzendes Verhalten
6	Affektive Instabilität, zurückzuführen auf eine ausgeprägte Reaktivität der Stimmung
7	Chronisches Gefühl der inneren Leere
8	Unangemessene, sehr heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren
9	Vorübergehende, stressabhängige, paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Correspondence:
Prof. Michael Kaess, Bolligenstrasse 111, Stöckli, CH-3000 Bern 60, Michael.Kaess[at]jupd.ch

Höhepunkt im frühen Erwachsenenalter und nimmt über den weiteren Lebenslauf ab [10]. In der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter dominieren «akute Symptome» (z. B. Impulsivität, Selbstschädigung, heftige und unkontrollierbare Wut), die mit zunehmendem Alter abnehmen, während «chronische Symptome» (z. B. innere Leere, interpersonelle Probleme) in späteren Lebensphasen in den Vordergrund treten [11]. Trotz der weitverbreiteten Ansicht, dass Persönlichkeitsstörungen ihren Ursprung in der Kindheit und der Adoleszenz haben, wurde die Vergabe der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vor dem 18. Lebensjahr lange Zeit kontrovers diskutiert. Zu den häufig genannten Argumenten gehören, dass Borderline-typische Auffälligkeiten normale Verhaltensweisen von Adoleszenten sind und nicht pathologisiert werden sollten, dass sich die Persönlichkeit von Jugendlichen noch in der Entwicklung befindet und deshalb zu instabil ist, um sie als «abnorm» oder «gestört» klassifizieren zu können, und dass die Jugendlichen vor der stigmatisierenden Etikettierung als Borderline-Patient/in, von welcher langanhaltende negative Konsequenzen (z. B. Verlust des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes) zu erwarten sind, bewahrt werden sollten [12]. Folglich erfolgten Diagnosesstellung und Behandlung erst relativ spät im Krankheitsverlauf, wenn typischerweise psychosoziale Folgeerscheinungen bereits zu Tage treten, die sich negativ auf Behandlungserfolg und Prognose auswirken können.

Die Forschungsergebnisse der vergangenen 20 Jahre belegen, dass Skepsis und Zurückhaltung bei der Diagnosestellung im Jugendalter nicht gerechtfertigt sind. Studien fanden, dass sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz hinsichtlich der Phänomenologie, Häufigkeit, Struktur und Stabilität kaum von der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter unterscheidet; dass sie keine normalen pubertären Auffälligkeiten widerspiegelt, sondern, wenn sie unbehandelt bleibt, negative Langzeitfolgen hat; dass sie häufig bis ins Erwachsenenalter persistiert und dass sie genauso zuverlässig in der Adoleszenz wie im Erwachsenenalter diagnostiziert werden kann [3, 10, 12–14]. Borderline-Symptome im Jugendalter können mit wichtigen Entwicklungsaufgaben dieser Lebensphase interferieren und so zu anhaltenden Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. weniger soziale Unterstützung, schlechtere Beziehungsqualität, geringere akademische und berufliche Erfolge, geringere Lebensqualität) führen [15–17]. Diese Forschungsbefunde haben dazu geführt, dass die Diagnose im Jugendalter Eingang in nationale Behandlungsleitlinien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und Diagnosesysteme gefunden hat [10, 13, 18] und klinische Interviews und Fragebögen zur Erfassung der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Jugendlichen entwickelt und validiert wurden [für einen Überblick siehe 14, 19]. Während die Diagnosestellung im Jugendalter gemäss des amerikanischen DSM bereits seit der vierten Revision erlaubt ist, soll dies gemäss der «International Classification of Diseases and Related Health Problems» (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ab der bevorstehenden elften Revision möglich werden [20]. Die frühzeitige Diagnosestellung ist eine notwendige Voraussetzung für die Frühbehandlung.

Rationale und Definition der Frühintervention der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Chanen und McCutcheon [3], die Pionierarbeit bezüglich der Frühintervention der Borderline-Persönlichkeitsstörung geleistet haben, fassen die Frühinterventionsprogrammatische für die Borderline-Persönlichkeitsstörung wie folgt zusammen: Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung suchen aktiv Hilfe, machen einen Grossteil der Patienten in der psychiatrischen Versorgung aus und haben ein hohes Risiko für Komorbidität, Morbidität und schwerwiegende und anhaltende psychosoziale Beeinträchtigungen. Darüber hinaus kann die Borderline-Persönlichkeitsstörung früh im Krankheitsverlauf reliabel und valide diagnostiziert werden. Aus dem Erwachsenenbereich sind wirksame psychotherapeutische Behandlungsmethoden bekannt, die teilweise bereits für die Behandlung von Jugendlichen adaptiert wurden [21–29]. Schliesslich gelten Persönlichkeitseigenschaften in frühen Lebensphasen als flexibler und damit leichter veränderbar als in späteren Lebensphasen. Zusammenfassend stellt die Adoleszenz ein entscheidendes Zeitfenster für die Frühintervention der Borderline-Persönlichkeitsstörung dar. Insbesondere die psychosozialen Beeinträchtigungen gilt es frühzeitig zu reduzieren oder zu verhindern und somit die Prognose positiv zu beeinflussen. Übergeordnetes Ziel der Frühintervention ist es, positive Entwicklungsverläufe bei den Betroffenen anzustossen, um ein selbstbestimmtes und zufriedenstellendes Leben zu ermöglichen.

Die Frühintervention der Borderline-Persönlichkeitsstörung richtet sich an 1) Personen mit Vorläufer- oder subklinischen Symptomen, und 2) Personen, die erstmals das Vollbild der Störung zeigen. Beim ersten Fall handelt es sich um *primäre Prävention* mit dem Ziel, subklinische und klinische Risikosymptome möglichst früh zu erkennen und zu behandeln, schon vorhandene oder sich abzeichnende psychosoziale Beeinträchtigungen zu reduzieren und die Entwicklung des Vollbilds der psychischen Störung zu verzögern oder zu verhindern. Es wird auch von *indizierter Prävention* gesprochen, da sich dieser Präventionsansatz an Personen richtet, die aufgrund erster Symptome und Beeinträchtigungen Leidensdruck aufweisen und von sich aus Hilfe aufsuchen. Beim zweiten Fall handelt es sich um *sekundäre Prävention* mit dem Ziel, die Dauer der unbehandelten Störung zu reduzieren, eine möglichst rasche Remission der Symptome zu erreichen und sekundäre Behinderungen zu verhindern [30].

Es wurden verschiedene Risikofaktoren für die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung identifiziert: biologische (z. B. genetische Prädisposition, Dysfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, Abweichungen in den orbitofrontalen und anterioren cingulären Cortices), umgebungsbedingte (z. B. niedriger sozioökonomischer Status, Psychopathologie der Mutter, dysfunktionale Eltern-Kind-Beziehung, negative Kindheitserlebnisse, Mobbing durch Gleichaltrige) und individuelle (z. B. negative Affektivität und Impulsivität, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, oppositionelles und dissoziatives Verhalten, Substanzmissbrauch, Ängste, Depressionen oder nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten in der Kindheit oder im frühen Jugendalter) [15, 31, 32]. Für alle diese Risikofaktoren gilt jedoch,

dass es ihnen an Spezifität für die Vorhersage der Borderline-Persönlichkeitsstörung mangelt. Subsyndromale Borderline-Symptome, also das Vorliegen von einem bis vier DSM-5-Kriterien, haben sich bisher als der beste Prädiktor für die Entwicklung des Vollbilds der Borderline-Persönlichkeitsstörung erwiesen, und stellen deshalb aktuell den Hauptansatzpunkt für die Frühintervention dar [3, 14, 31].

Die Behandlung von Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist nicht in jedem Falle mit Frühintervention gleichzusetzen. Auch Jugendliche, die sich erstmals in Behandlung begeben, können unter einer seit mehreren Jahren bestehenden Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, die einer chronischen Erkrankung im Erwachsenenalter ähnlich ist. Das Behandlungsangebot sollte sich nicht primär am Alter der betroffenen Person, sondern am Krankheitsstadium orientieren. Es handelt sich nur dann um Frühintervention für die Borderline-Persönlichkeitsstörung, wenn die Betroffenen subsyndromale Symptome oder eine Erstmanifestation aufweisen, und zwar unabhängig davon, ob sie noch minderjährig sind oder das 18. Lebensjahr bereits erreicht haben [13].

Komponenten der Frühintervention der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ambulante Psychotherapie ist Hauptbestandteil der Frühbehandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Verschiedene Therapieverfahren, die sich bei Erwachsenen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als wirksam erwiesen haben, wurden für die Anwendung bei Jugendlichen mit Symptomen oder einer Erstmanifestation der Störung angepasst. Zu den im Jugendalter untersuchten Therapieverfahren zählen die Kognitiv-Analytische Therapie (Cognitive Analytic Therapy; CAT) [23], das Emotionsregulationstraining (Emotion Regulation Training, ERT) [28, 29], die Mentalisierungs-basierte Therapie (Mentalization-Based Treatment, MBT) [21, 27] und die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) [22, 24–26]. Untersuchungen zur medikamentösen Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter sind weitgehend ausstehend, wobei die Befunde aus der Forschung an Erwachsenen eine beschränkte Wirksamkeit nahelegen [33, 34]. Bei der pharmakologischen Behandlung von Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist deshalb Zurückhaltung geboten. Affektive und andere komorbide Störungen können in gewissen Fällen eine medikamentöse Behandlung rechtfertigen, die sich an den entsprechenden Leitlinien zur Behandlung von Jugendlichen orientieren sollte [10, 19].

Nach dem Vorbild der Früherkennungs- und -behandlungszentren für Psychosen wurden in den letzten Jahren in Australien und einigen Ländern Europas spezialisierte Behandlungszentren für die Früherkennung und -behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ins Leben gerufen. Das erste dieser Zentren – Helping Young People Early (HYPE) – entstand 1998 in Melbourne, Australien, und bietet ein umfassendes Früherkennungs- und Behandlungsprogramm für junge Menschen im Alter zwischen 15–25 Jahren, die drei oder mehr DSM-5-Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen. Ähnliche Zentren wurden seither in Holland [28, 29], Deutschland [35] und der Schweiz [36, 37] gegründet. Diese Zentren unterscheiden sich hauptsächlich darin, welche der oben genannten

Psychotherapien sie anbieten. Die Zentren bieten jedoch weit mehr als spezialisierte Psychotherapie [10, 38]:

- Gründliche diagnostische Abklärung (inklusive der Persönlichkeitspsychopathologie)
- Niederschwelliges Angebot, d.h. liberale Einschlusskriterien ohne Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit komorbiden Störungen oder erhöhten Risiken (z.B. chronische Suizidalität oder Substanzmissbrauch)
- Dimensionaler Ansatz; d.h. sowohl Patientinnen und Patienten mit subsyndromalen Symptomen als auch mit dem Vollbild der Störung werden behandelt
- Flexibles Behandlungsangebot in Bezug auf Zeit und Ort (z. B. aufsuchende Behandlung zuhause)
- Psychotherapie in Kombination mit Case-Management und allgemeiner psychiatrischer Behandlung (z. B. Pharmakotherapie komorbider psychiatrischer Störungen)
- Aktiver Einbezug von Angehörigen, Freunden, Lehrpersonen und anderen wichtigen Bezugspersonen (z. B. Psychoedukation, Familieninterventionen)
- Ausschliesslich zeitbegrenzte und zielorientierte stationäre Behandlung
- Supervision der Mitarbeitenden und Qualitätssicherungsprogramme
- Zugang zu Programmen, die dem Erhalt oder der Wiederherstellung der schulischen, beruflichen und sozialen Funktionsfähigkeit dienen

Beispiel eines Früherkennungs- und Behandlungszentrums für die Borderline-Persönlichkeitsstörung: AtR!Sk – Ambulatorium für Risikoverhalten und Selbstschädigung

Das Ambulatorium für Risikoverhalten und Selbstschädigung (AtR!Sk) wurde 2013 an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg in Deutschland gegründet [35]. 2018 wurde ein vergleichbares Angebot an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern in der Schweiz realisiert [36]. AtR!Sk richtet sich an Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren mit riskanten oder selbstschädigenden Verhaltensweisen oder Symptomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Unter riskanten oder selbstschädigenden Verhaltensweisen werden nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten, suizidales Verhalten, übermässiger Alkoholkonsum oder Drogenmissbrauch, exzessive Medien- oder Internetnutzung, sexuelles Risikoverhalten sowie delinquentes Verhalten verstanden. Ziele sind die Reduktion riskanter und selbstschädigender Verhaltensweisen sowie die Früherkennung und -behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. AtR!Sk zeichnet sich durch einen niederschweligen Zugang sowie einen Stepped-Care-Ansatz aus. Jugendliche oder Eltern können sich im Rahmen einer wöchentlich stattfindenden «offenen Sprechstunde» (Stufe 1) ohne Voranmeldung vorstellen. Im Rahmen der offenen Sprechstunde erfolgen die Abgrenzung pathologischer von normalen adoleszenten Verhaltens- und Erlebensweisen sowie die Einschätzung der Gefährdung der Jugendlichen. Bei Hinweisen auf ein psychopathologisches Geschehen erfolgt mithilfe strukturiert-

er Interviews und Fragebögen eine umfassende und systematische Diagnostik (Stufe 2) von riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen, psychischen Störungen und der kategorialen und dimensionalen Persönlichkeitspsychopathologie. Die Behandlung (Stufe 3) orientiert sich an der Schwere der Symptomatik und vor allem am Therapieverlauf. Zunächst werden zehn Sitzungen gemäss des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms «Cutting Down» [39] (Stufe 3a) angeboten, welches auf die Reduktion riskanter und selbstschädigender Verhaltensweisen abzielt. Basierend auf einer Zwischenevaluation wird die Indikation für eine weiterführende, intensivere Behandlung gemäss DBT-A [40] (Stufe 3b) zur Behandlung der Persönlichkeitspsychopathologie geprüft. Jugendliche, die ins DBT-A Programm einsteigen, erhalten 25 Einzelsitzungen und 20 Gruppentherapiesitzungen. Therapiesitzungen mit den Familien und anderen Netzwerkpartnern (z. B. Lehrpersonen, Beistand/Beiständin, Betreuungspersonen von Wohngruppen) werden bei Bedarf zusätzlich angeboten. Geraten die Jugendlichen in eine suizidale Krise, werden antisuizidale Massnahmen (ambulante Krisentermine, zeitlich limitierte Aufnahme auf der Kriseninterventionsstation) eingeleitet, wobei bei stationärer Krisenintervention die ambulante Weiterbehandlung durch AtRisk gewährleistet bleibt. Sowohl die Kurzzeittherapie «Cutting Down» [39], als auch die DBT-A [22] haben sich als wirksam im Sinne der Reduktion von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten bzw. der Borderline-Symptome erwiesen.

Kritische Reflexion der Früherkennung und -behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Spezialisierte Früherkennung und -behandlung kann zu klinisch bedeutsamen Veränderungen bei Jugendlichen mit subsyndromaler oder syndromaler Borderline-Persönlichkeitsstörung führen [13]. Zwei unkontrollierte klinische Studien wiesen eine Reduktion der Borderline-Symptome sowie nicht-suizidaler, selbstverletzender und suizidaler Verhaltensweisen durch DBT-A nach [22, 41]. Die Ergebnisse mehrerer randomisiert-kontrollierter Studien sprechen für eine Überlegenheit spezialisierter Frühintervention (DBT-A, HYPE oder MBT) gegenüber der Standardbehandlung hinsichtlich der Reduktion von nicht-suizidalen selbstverletzenden und suizidalen Verhaltensweisen sowie Depressivität bei Therapieende, wobei die Wirksamkeit hinsichtlich der Reduktion der Borderline-Symptomatik nicht durchgängig bestätigt werden konnte [23, 26, 27]. Die ERT schnitt hinsichtlich der Reduktion der Borderline-Symptomatik oder der generellen Psychopathologie sowie der Verbesserung der Lebensqualität nicht besser ab als eine Standardbehandlung [29]. Null-effekte wurden auch für eine MBT-basierte Gruppentherapie im Vergleich zur Standardbehandlung berichtet [21]. Die beschriebenen, positiven Effekte scheinen mit Ausnahme der Reduktion des nicht-suizidalen selbstverletzenden Verhaltens wenig stabil über die Zeit hinweg [42], wobei es Hinweise gibt, dass spezialisierte Psychotherapie zu schnellerer Symptomremission führt als Standardbehandlung [23–25]. Trotz empirischer Hinweise, dass Borderline-Symptome im Jugendalter langanhaltende psychosozialen Beeinträchtigungen zur Folge haben können

[17], wurde dieser Parameter in randomisiert-kontrollierten Studien bisher kaum als Outcome-Mass mitberücksichtigt. Diejenigen Studien, die dies taten, fanden keine Überlegenheit spezialisierter Psychotherapie gegenüber der Standardbehandlung [23–25]. Mit Ausnahme einer Studie, die die Wirksamkeit der Adolescent Identity Treatment (AIT) im Vergleich zur DBT-A untersucht [43], sind Wirksamkeitsvergleichsstudien sowie Studien zur differentiellen Indikation bei Jugendlichen mit Borderline-Symptomen weitgehend ausstehend. Zusammenfassend können die Resultate der ersten randomisiert-kontrollierten Studien zur Psychotherapie der subsyndromalen und syndromalen Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter vorsichtig als Beleg für die Wirksamkeit spezialisierter Frühintervention im Sinne der kurzfristigen Reduktion Borderline-assoziiierter Probleme wie selbstschädigende Verhaltensweisen interpretiert werden. Weitere Bemühungen sind notwendig, um die langfristige Stabilität der Effekte sowie die Wirksamkeit in Bezug auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit zu verbessern.

Trotz Anerkennung des hohen Stellenwerts der Früherkennung und -behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung für die Volksgesundheit [44], ist diese in der Praxis (noch) nicht «state of the art» [45]. Die Früherkennung ist erschwert durch fehlendes Wissen hinsichtlich der Phänomenologie und Erfassung des Störungsbildes im Jugendalter sowie durch unbegründete Skepsis gegenüber der Diagnosestellung bei Jugendlichen auf Seiten der Behandelnden. Ein weiteres Hindernis stellen Vorurteile und falsche Annahmen in Bezug auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung auf Seiten der Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen dar [46–48]. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine sowohl in der Allgemeinbevölkerung, als auch unter Fachpersonen stark stigmatisierte psychische Störung [6]. Schliesslich fehlt es an spezifischen Angeboten zur Frühbehandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung [44]. Gründe dafür umfassen den hohen Komplexitätsgrad und die mit der Störung assoziierten Risiken, die für niedergelassene, ambulante Behandelnde oftmals schwer tragbar sind, sowie die mangelhafte Finanzierung entsprechender ambulanter Angebote an Kliniken, die die assoziierten Risiken und Komplexitäten durch Verantwortungsteilung, Supervision und Notfalldienste besser tragen können [45]. Obwohl ambulante Psychotherapie die Methode erster Wahl ist, erhalten Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oftmals vielfache und langwierige stationäre Behandlungen [49]. Dies kann im Sinne des «Drehtür-Effekts» zu Verantwortungsabgabe, Übernahme einer Patientenidentität und in der Folge Zunahme der Symptomatik und der Funktionsbeeinträchtigungen führen. Ein zusätzliches Problem stellt die fehlende therapeutische Kontinuität dar, die einerseits durch Krisen der Patienten mit der Notwendigkeit eines Settingwechsels, andererseits durch die Gegebenheiten des psychiatrischen Versorgungssystems (Wechsel von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie mit Erreichen der Volljährigkeit) verursacht wird. Es braucht einerseits Aufklärung und Vermittlung von Wissen sowie eine Entstigmatisierung des Störungsbildes in der Allgemeinbevölkerung und der Fachwelt, andererseits die Entwicklung von leicht zugänglichen, dem Entwicklungsstand der Jugendlichen angepassten und ausreichend finanzierten,

spezialisierten Früherkennungs- und -behandlungsangeboten, die der Transitionsphase von der Adoleszenz ins Erwachsenenalter durch enge Zusammenarbeit der Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie Rechnung tragen, um die Behandlungs- und Lebenssituation von jungen Menschen mit einer Borderline-Symptomatik anhaltend zu verbessern.

Disclosure statement

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Referenzen

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.* American Psychiatric Publishing.
- Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2018;4(1):18029. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>. PubMed.
- Chen AM, McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry Suppl.* 2013;54(s54):s24–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119180>. PubMed.
- Bailey RC, Grenyer BFS. Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry.* 2013;21(5):248–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182a75c2c>. PubMed.
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(8):827–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>. PubMed.
- Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, Shea MT, Gunderson JG, Yen S, et al. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychol Med.* 2005;35(3):443–51. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S003329170400354X>. PubMed.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *J Pers Disord.* 2005;19(1):19–29. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.19.1.19.62178>. PubMed.
- Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJV. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(2):259–65. doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0212>. PubMed.
- van Asselt ADI, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *Eur Psychiatry.* 2007;22(6):354–61. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.04.001>. PubMed.
- Kaess M, Brunner R, Chanan A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics.* 2014;134(4):782–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-3677>. PubMed.
- Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JEM, Sobczak S, van Alphen SPJ. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(7):51. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-1040-1>. PubMed.
- Sharp C. Bridging the gap: the assessment and treatment of adolescent personality disorder in routine clinical care. *Arch Dis Child.* 2017;102(1):103–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/archdis-child-2015-310072>. PubMed.
- Chanan AM. Borderline Personality Disorder in Young People: Are We There Yet? *J Clin Psychol.* 2015;71(8):778–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22205>. PubMed.
- Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(12):1266–88. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12449>. PubMed.
- Bozzatello P, Bellino S, Bosia M, Rocca P. Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder. *Front Psychiatry.* 2019;10:710. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2019.00710>. PubMed.
- Kaess M, Fischer-Waldschmidt G, Resch F, Koenig J. Health related quality of life and psychopathological distress in risk taking and self-harming adolescents with full-syndrome, subthreshold and without borderline personality disorder: rethinking the clinical cut-off? *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2017;4(1):7. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s40479-017-0058-4>. PubMed.
- Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(9):933–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x>. PubMed.
- Euler S, Dammann G, Endtner K, Leihener F, Perroud NA, Reisch T, et al. Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen der SGPP. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother.* 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.4414/sanp.2018.00598>.
- Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ES-CAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24(11):1307–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-015-0751-z>. PubMed.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related problems (11th ed.)*.
- Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., Fjellerad Andersen, C., Folmo, E., Sharp, C., Pedersen, J., & Simonson, E. (2019). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, jcpp.13152. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13152>.
- Buerger A, Fischer-Waldschmidt G, Hammerle F, Auer KV, Parzer P, Kaess M. Differential Change of Borderline Personality Disorder Traits During Dialectical Behavior Therapy for Adolescents. *J Pers Disord.* 2019;33(1):119–34. doi: http://dx.doi.org/10.1521/pedi_2018_32_334. PubMed.
- Chanan AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, et al. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2008;193(6):477–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934>. PubMed.
- Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(4):295–300. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>. PubMed.
- Mehlum L, Ramleth RK, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry.* 2019;60(10):1112–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.13077>. PubMed.
- Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(10):1082–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>. PubMed.
- Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(12):1304–1313.e3. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>. PubMed.
- Schuppert HM, Giesen-Bloo J, van Gemert TG, Wiersma HM, Minderaa RB, Emmelkamp PMG, et al. Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents—a randomized controlled pilot study: Effectiveness of an Emotion Regulation Group Training for Adolescents. *Clin Psychol Psychother.* 2009;16(6):467–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.637>. PubMed.
- Schuppert HM, Timmerman ME, Bloo J, van Gemert TG, Wiersma HM, Minderaa RB, et al. Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(12):1314–1323.e2. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.002>. PubMed.
- Brown AS, McGrath JJ. The prevention of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2011;37(2):257–61. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbq122>. PubMed.
- Chanan AM, Kaess M. Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(1):45–53. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-011-0242-y>. PubMed.
- Stepp SD, Lazarus SA, Byrd AL. A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Pers Disord.* 2016;7(4):316–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/per0000186>. PubMed.
- Starcevic V, Janca A. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: replacing confusion with prudent pragmatism. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31(1):69–73. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000373>. PubMed.
- Stoffers JM, Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder—current evidence and recent trends. *Curr Psychiatry Rep.*

- 2015;17(1):534. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-014-0534-0>. PubMed.
- 35 Kaess M, Ghinea D, Fischer-Waldschmidt G, Resch F. Die Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung (Atr!Sk) – ein Pionierkonzept der ambulanten Früherkennung und Frühintervention von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2017;66(6):404–22. doi: <http://dx.doi.org/10.13109/prkk.2017.66.6.404>. PubMed.
 - 36 Reichl C, Kaess M. Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente. *Psychotherapeut*. 2019;64(2):159–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00278-019-0340-6>.
 - 37 Schmeck K, Pick OG, Milidou M, Schenk N, Schlüter-Müller S, Zimmermann R. Früherkennung von Persönlichkeitsstörung. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie Und Therapie*. 2018;22(3):179–85.
 - 38 Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract*. 2009;15(3):163–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.pra.0000351876.51098.f0>. PubMed.
 - 39 Kaess M, Edinger A, Fischer-Waldschmidt G, Parzer P, Brunner R, Resch F. Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescent nonsuicidal self-injury: a single-centre, randomised controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-019-01399-1>. PubMed.
 - 40 von Auer AK, Bohus M. (2017). *Interaktives Skillstraining für Jugendliche mit Problemen der Gefühlsregulation (DBT-A)*. Schattauer.
 - 41 von Auer AK, Kleindienst N, Ludewig S, Soyka O, Bohus M, Ludäscher P. Zehn Jahre Erfahrung mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A) unter stationären Bedingungen - die Station Wellenreiter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2015;43(5):301–13, quiz 314–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1024/1422-4917/a000371>. PubMed.
 - 42 Wong J, Bahji A, Khalid-Khan S. Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Psychiatry*. 2020;65(1):5–15. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0706743719878975>. PubMed.
 - 43 Zimmermann R, Krause M, Weise S, Schenk N, Fürer L, Schrobildgen C, et al. A design for process-outcome psychotherapy research in adolescents with Borderline Personality Pathology. *Contemp Clin Trials Commun*. 2018;12:182–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.conctc.2018.10.007>. PubMed.
 - 44 Chanen A, Sharp C, Hoffman P; Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry*. 2017;16(2):215–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20429>. PubMed.
 - 45 Kaess M, Herpertz SC, Plener PL, Schmahl C. Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2019;1–5:1–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1024/1422-4917/a000700>. PubMed.
 - 46 Juurlink TT, Vukadin M, Stringer B, Westerman MJ, Lamers F, Anema JR, et al. Barriers and facilitators to employment in borderline personality disorder: A qualitative study among patients, mental health practitioners and insurance physicians. *PLoS One*. 2019;14(7):. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0220233>. PubMed.
 - 47 Kirtley J, Chiochi J, Cole J, Sampson M. Stigma, Emotion Appraisal, and the Family Environment as Predictors of Carer Burden for Relatives of Individuals Who Meet the Diagnostic Criteria for Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2019;33(4):497–514. doi: http://dx.doi.org/10.1521/pedi_2018_32_355. PubMed.
 - 48 Ring D, Lawn S. Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *J Ment Health*. 2019;1–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09638237.2019.1581337>. PubMed.
 - 49 Wagner T, Fydrich T, Stiglmayr C, Marschall P, Salize H-J, Renneberg B, et al. Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behav Res Ther*. 2014;61:12–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.004>. PubMed.
 - 50 First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J, Benjamin L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II)*. Biometric Research Department.